Über die Diätbehandlung des Ulcus ventriculi.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

einer hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

MAX LÜDIN
Assistent der med. Klinik in Basel.

Berlin 1909.
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15.

Sonderabdruck aus dem Archiv für Verdauungskrankheiten. Bd. XV.

Unter den diätetischen Methoden der Magengeschwürstherapie stehen heute zwei Kuren im Vordergrund: Die Kur nach *Ziemssen-Leube* und diejenige nach *Lenhartz*. Beide haben ihre Anhänger und Gegner gefunden, und auch am letzten Kongress für innere Medizin in Wiesbaden blieb die Streitfrage, welche der beiden Diätformen vorzuziehen sei, unentschieden.

Vergleichende Prüfungen über die beiden Methoden sind wiederholt vorgenommen worden [*Wirsing* (1), *Ewald* (2) u. A.], und es sind die auffallenden „Wandlungen der diätetisch-therapeutischen Anschauungen", wie sie im Gegensatze zwischen *Lenhartz*-Kur und *Leube*scher Ruhekur deutlich sich zeigen, hervorgehoben worden [*Gerhardt* (3)].

Senator (4) äussert sich über diese vergleichenden Prüfungen: „Es lässt sich für und gegen jede der beiden Behandlungsmethoden Manches sagen, und es wird kaum möglich sein, in diesem Zwiespalt eine Entscheidung zu treffen, etwa auf Grund einer Statistik der Erfolge. Ich bin ganz der Meinung *Minkowskis*, dass in solchen Fragen die Statistiken nicht sehr zuverlässig sind wegen des wechselvollen Verlaufs der Geschwüre, die ja oft gar keine oder ganz unbedeutende Erscheinungen machen."

Ich glaube nicht, dass man diesem absprechenden Urteil über den Wert einer vergleichenden Statistik beistimmen darf. Wenn dadurch auch nicht eine Methode von heute auf morgen abgeschafft werden kann, so wird es uns doch gerade durch sie möglich, zu entscheiden, welche von zwei Methoden man bei einer individuellen

Behandlung vorziehen kann, und gerade durch die vergleichende Statistik allein können Vorzüge und Nachteile geprüft werden.

Ich halte ferner den Vorwurf: „die Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause dürfe nicht zum Massstab für die Beurteilung genommen werden" [*Senator* (4)] nicht für stichhaltig. Denn das Hauptkontingent der Patienten stellt doch die arbeitende Bevölkerung, und für diese ist es von eminentem Werte, wann sie ihre Beschäftigung wieder aufnehmen kann.

An der hiesigen medizinischen Klinik sind die Ulcuspatienten in früheren Jahren nach *Leube*, in den letzten zwei Jahren nach *Lenhartz* behandelt worden. Die Resultate der Ulcustherapie in diesen zwei Jahren habe ich mit denen der zwei vorangegangenen Jahre an Hand einer Statistik einer vergleichenden Prüfung unterzogen und möchte darauf, zugleich auch auf die Vorteile und Nachteile, die den beiden Diätformen anhaften, näher eingehen.

Das Haupterfordernis bei jeder Ulcustherapie ist, „dass wir dem kranken Magen die Möglichkeit geben, sich auf sein kleinstes Volumen zusammenzuziehen, und dass wir ihn dann möglichst lange in einem gut kontrahierten Zustande erhalten" [*Fleiner* (5)]. Neben dem Prinzip der absoluten Körperruhe und dem der Schonung des kranken Organes ist ferner sehr wichtig: die genügende Nahrungszufuhr zur Erhaltung der Körperkräfte.

Unsere Kranken, die nach *Leube* behandelt wurden, erhielten demgemäss bei strengster Bettruhe in den ersten drei Tagen gar nichts per os ausser kleinen Eisstückchen; bei grossem Durstgefühl wurden in einzelnen Fällen kleine Wassereinläufe gegeben. Vom dritten oder vierten Tage an wurde Milch schluckweise gereicht, vom sechsten Tage an in steigenden Dosen; später kamen dünne Schleimsuppen hinzu, als Übergang zur breiigen Kost, mit welcher ca. am zehnten Tage begonnen wurde. Bei normalem Verlaufe folgten nach weiteren zehn Tagen leichte Fleischspeisen. Dazu bekamen die Patienten während zwei bis drei Wochen täglich Wismuth. Bei Blutungen wurde stets die Eisblase auf die Magengegend gelegt. Für nicht blutende Geschwüre empfiehlt *Leube* heisse Breiumschläge, nachdem vorher die Bauchhaut mit Seife, Sublimat und Alkohol gereinigt wurde. Wir haben nur gewöhnliche warme Umschläge angewandt und damit befriedigende Wirkung erzielt. Abführmittel wurden vermieden und gegen Stuhlträgheit Einläufe verordnet.

Bei dieser „milden" *Leube*schen Kur wurde das Hauptgewicht auf die Schonung des Magens verlegt, wie sie, besonders bei frischen

Blutungen, von *Fleiner* verlangt wurde in seinem Referat auf dem Kongress für innere Medizin 1902. Schon damals hat sich *Lenhartz* in der Diskussion gegen die „obligate Ruhekur mit eingeengter Nahrung" ausgesprochen; in einer ausführlichen Arbeit von *Wagner* (6) aus dem Eppendorfer Krankenhause wurden dann die Erwägungen klargelegt, die für das Einführen einer eiweissreichen Kost ausschlaggebend waren.

Der Verfasser hält für besonders gefährlich bei der *Leube*-kur die Unterernährung und die drohende Inanition. Diese Gefahr hat bei unseren Patienten nie irgendwelche Rolle gespielt. Es haben von 21 Kranken, bei welchen während der ersten 14 Tage, das heisst also während der strengen Kurzeit, das Gewicht kontrolliert wurde, nur drei eine Gewichtsabnahme gezeigt, die aber in der folgenden Zeit wieder leicht eingeholt wurde. Auch *Leube* (7) hat bei einzelnen Patienten einen Gewichtsverlust beobachtet. Dass daraus dem Kranken ein Schaden entstanden wäre, konnte er ebensowenig wie wir konstatieren. Die Furcht vor dem Hungertode ist also wohl unnötig, und man darf dem Ausspruch von *Fr. Müller* auf dem Kongress in Wiesbaden 1909 „am Hunger sterben diese Patienten nicht" vollkommen beistimmen.

Diese vermeintliche Gefahr wird nach dem Schema von *Lenhartz*, das ich als bekannt voraussetzen darf, bekämpft durch Zufuhr von Eiern gleich am ersten Tage nach der Blutung. Dass aber auch diese grössere Kalorienzufuhr nicht bei allen Patienten den gewünschten Erfolg hat, zeigt die Tatsache, dass von 18 nach *Lenhartz* behandelten Patienten, bei denen während der ersten 14 Tage das Gewicht kontrolliert wurde, fünf eine Gewichtsabnahme aufwiesen, die dann später ebenfalls, wie bei den *Leube*patienten, wieder eingeholt wurde. Dass ferner auch diese nicht eingeengte, reichlichere Ernährung versagen kann, beweist folgender Fall:

Fall 1[1]). Frl. Z. 20 Jahre alt, früher gesund. Mitte Dezember und Weihnachten 1908 reichlich Blutbrechen.

2. I. 1909 wiederholte Hämatemesis. Pat. ist sehr matt, hat wenig Appetit. Therapie: *Lenhartz*-Kur.

12. I. 1909. Bis vor 2 Tagen bei *Lenhartz*-Kur (in den letzten Tagen eine Kalorienzufuhr von ca. 2000 pro die) gutes Befinden. Seit gestern ist Patientin verfallen, teilnahmslos, sehr blass, angeblich vorübergehend blind; Puls klein, leer, schwach gefüllt. Herzgrenzen normal. Ab-

[1]) Für Krankengeschichten und Sektionsbericht bin ich Herrn Prof. *Gerhardt* und Dr. *Karcher*, resp. Dr. *Schaffner* zu Dank verpflichtet.

domen eingezogen, Magengegend etwas vorgewölbt, Typhlongegend etwas resistent und gedämpft. Stuhl auf Einlauf fetzig, gelblich. Sensorium benommen; Soor. Annahme einer neuen Blutung. Therapie: Digalenklysmen.

Die Blutuntersuchung (Dr. *Schaffner*) ergab eine beträchtliche Verminderung der roten Blutkörperchen und Leukozytose, ferner mässige Poikilozytose. Im gefärbten Trockenpräparat erwiesen sich die vermehrten weissen Blutkörperchen vorwiegend als polynukleäre; Lymphozyten und eosinophile Zellen sehr spärlich. Normoblasten und andere pathologische Formen waren nicht nachweisbar.

13. I. 1909. Exitus.

Die Sektion (Dr. *Schaffner*) ergab eine starke Anämie sämtlicher Organe; im Magen an der kleinen Kurvatur ein kleines nicht blutendes Ulcus, dessen mikroskopische Untersuchung ein arrodiertes Gefäss nicht nachweisen konnte. In Dünn- und Dickdarm gelblicher Stuhl. Ferner eine Pneumonie in beginnendem Stadium und in geringer Ausdehnung.

Die Pneumonie ist nach der Aussage des pathologischen Anatomen als prämortale aufzufassen und kann nicht als Todesursache angesehen werden. Als solche muss vielmehr betrachtet werden die Erschöpfung infolge der Anämie.

Lenhartz hat zu ungunsten der *Leube*kur einen Fall hervorgehoben, bei dem trotz dieser Kost und „trotz der Nährklysmen" der Tod infolge der Inanition eintrat. Unser oben erwähnter Fall beweist, dass auch die *Lenhartz*kur die Patienten vor einem Versagen der Kräfte, einem Kollaps nicht immer schützt.

Als Zeichen der rascheren Kräftigung des Organismus durch die *Lenhartz*-Kur wird von *Wagner* (6) besonders auch die Steigerung des Hämoglobinwertes hervorgehoben. Leider wurde bei unseren Patienten nur in wenigen Fällen das Verhalten des Hämoglobins während der Kur kontrolliert, so dass eine Schlussfolgerung zugunsten des einen oder andern Diätschemas nicht möglich ist. Doch möchte ich der Vollständigkeit halber die Zahlen hier anführen:

	Hgb. kontrolliert während Kur in	Zunahme	Gleichgeblieben	Abnahme
Behandlung nach *Leube* .	7 Fällen	5	1	1
Behandlung nach *Lenhartz*	9 Fällen	4	3	2

Lenhartz verordnet auch, wenn nötig schon am siebenten, achten Tage *Blaud*sche Pillen. Die Patienten, bei denen wir in so früher Zeit einen Versuch mit *Blaud*schen Pillen machten,

klagten über vermehrtes Druck- und Schmerzgefühl, sodass wir davon abgekommen sind, vor vollkommener Schmerzfreiheit Eisen in dieser Form anzuwenden.

Durch die frühzeitige Eierzufuhr soll auch ein weiterer Übelstand, den die Kur nach *Leube* angeblich nicht genügend berücksichtigt, beseitigt werden: Die Peracität.

Riegel (8), *Leube* (9) u. A. haben schon längst auf die Wichtigkeit vermehrter Salzsäureabsonderung bei Ulcus ventriculi aufmerksam gemacht. *Matthes* (10) hat durch den Tierversuch gezeigt, dass Schleimhautdefekte im Magen sehr viel schlechter heilen, wenn er zugleich künstlich Peracidität erzeugte. Hinzufügen möchte ich noch, da s von einigen Autoren [*Matthieu* (11), *Riegel* (8)] der Säurereichtum als Ursache für Aërophagie angesehen wird, welche eine schädliche Dehnung des Magens verursachen soll [*Tecklenburg* (12)].

Die vermehrte Salzsäure wird nun nach *Lenhartz* durch Eiweiss gebunden und damit ihr schädlicher Einfluss auf die Geschwürsfläche und gleichzeitig der dadurch verursachte Schmerz beseitigt.

Ich muss hier einige Versuche erwähnen, die zur Kenntnis der Säureabsonderung bei verschiedener Nahrung angestellt wurden.

So hat *Schüle* (13) Untersuchungen mit verschiedenen Kostarten (Fleisch, Kohlehydrat, Milch) vorgenommen, deren Endresultat ergab, dass der Qualität der Nahrung ein erheblicher Einfluss auf Absonderung von Salzsäure nicht zugeschrieben werden darf. Interessant sind die Angaben von *Hemmeter* (14), dass nämlich nach seinen Prüfungen die Gesamtsalzsäure geringer ist nach Kohlehydrat als nach Fleischzufuhr. Es gelang ihm sogar durch reine Fleischdiät bei jungen Versuchstieren Hyperacidität zu erzeugen. *Sörensen* (15) und *Ludo* konnten eine Steigerung der Säureproduktion durch Eiweiss nicht bewirken; ihre Resultate gleichen sonst denjenigen von *Schüle*: „Die Werte für die freie Säure, auf die es in erster Linie ankommt, sind bei Eiweisskost und Kohlehydratnahrung annähernd dieselben.“ Die Versuche von *Sörensen* wurden am hyperaciden, diejenigen von *Schüle* am gesunden Magen vorgenommen. Die berühmten *Pawlow*schen Hundeversuche, die bekanntlich ergeben haben, dass die Magensaftsekretion vorwiegend durch die Fleischextraktivstoffe und nur in geringem Grade durch Kohlehydrate, Salze, Eiereiweiss und ähnliche Ingesta hervorgerufen wird, sprechen allerdings zugunsten der Eierernährung, wie sie das

*Lenhartz*sche Schema vorschreibt. Dass aber eine Anwendung der *Pawlow*schen Resultate auf die Verhältnisse des menschlichen Magens erlaubt sei, wurde von verschiedener Seite, so besonders von *Lang* [zit. nach *Gerhardt* (3)] bestritten.

Schliesslich möchte ich noch hinzufügen, dass auf Grund klinischer Beobachtung *Fleiner* sich in seinem Lehrbuche dahin ausspricht, „dass Milchdiät und leichte Mehlspeisen in breiiger und schleimiger Form die Magensaftsekretion viel weniger anregen, als es die Fleischkost tut". Ebenso empfiehlt *Jürgensen* auf Grund praktischer Erfahrung vegetabilische Nahrung bei Peracidität.

Eine Einigung in dieser Frage ist bis jetzt noch nicht zustande gekommen; doch kann nach den angeführten Daten eine Säureneutralisierung durch Eiweiss nicht bezweifelt werden; andererseits ist jedoch auch die säurevermehrende Wirkung der Eiweissstoffe keineswegs widerlegt. Ferner muss aber noch hervorgehoben werden, dass die Peracidität keine konstante Begleiterscheinung des Ulcus ventriculi ist. *Fr. Müller* (16) hat in 20 pCt. eine Subacidität, Peracidität dagegen selten beobachtet, und *Ewald* [zit. nach *Gerhardt* (3)] fand die Salzsäure vermehrt in 34 pCt. der Fälle.

Dass an dieser Inkonstanz die regionären Unterschiede, die am Kongress in Wiesbaden 1909 von *Fr. Müller* und *Krehl* in der Diskussion erwähnt wurden, die Schuld tragen, das kann nicht direkt widerlegt werden.

Viel plausibler scheint mir doch die Annahme einer individuellen Verschiedenheit. Die Tatsache, dass chlorotische Mädchen, bei denen *Riegel* unter 21 Fällen 20 mal Peracidität nachwies, für Ulcus ventriculi besonders disponiert sind, ist noch lange kein Beweis dafür, dass jeder Ulcusmagen auch vermehrte Salzsäure produziert. Die meisten unserer Magengeschwürspatienten sind ihrem Berufe nach Köchinnen; einige darunter waren chlorotisch, nur wenige hatten vermehrte Salzsäure. Ob nun in unserem Falle auch regionäre Verhältnisse verantwortlich zu machen sind, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Ein Umstand, der gegen die schematische frühzeitige Verabreichung von Eiern spricht, ist der, dass diese in vielen Fällen nicht gut ertragen werden. Manche unserer Patienten haben, nachdem sie zwei oder drei Tage nach dem *Lenhartz*schema ernährt worden waren, über unangenehmes Gefühl von Druck und Schwere im Magen geklagt. Wir haben deshalb die Kur nicht unterbrochen,

sondern die gleiche Tagesration am nächsten, oder den zwei, drei nächsten Tagen nochmals gegeben. Der Magen gewöhnte sich dann schliesslich an das ihm zugemutete Quantum; die gleiche Erscheinung trat wiederholt zutage am sechsten und siebenten Kurtage, an denen rohes Hackfleisch rep. Milchreis zugegeben wurden. Wenn die Beschwerden nach wiederholtem Verabreichen der gleichen Tagesration auch verschwanden, so wurde dadurch doch die Kur unnötig in die Länge gezogen.

Unnötig — weniger wegen der Zeitdauer, als wegen der Abneigung, die viele Patienten so wie so gegen die gleichförmige Nahrung zeigen; denn nicht selten klagten die Kranken, dass ihnen die vielen Eier widerstehen. Aus diesem Grunde musste zum Beispiel bei drei Patienten die Kur abgebrochen werden. Dieselbe Angabe finde ich bei *Elsner* (17), der den grössten Nachteil der *Lenhartz*-Kur darin erblickt, „dass die grosse Zahl der Eier oft genug nur mit grossem Widerwillen genommen und sehr schlecht vertragen wird". Ich erwähne hier die Angaben einer Patientin (Fall 2), die 1907 wegen Ulcus auf unserer Abteilung nach *Leube*, bei ihrem Aufenthalt 1909 nach *Lenhartz* behandelt wurde. Das subjektive Befinden war bei beiden Kuren ein gutes, hingegen sagte die Patientin, die Kur vor zwei Jahren habe ihr nicht „so schwer auf dem Magen gelegen", wie diese vielen Eier, die sie einfach nicht bewältigen könne,

Dieses Druckgefühl wurde auch bei der *Leube*-Kur hin und wieder beobachtet und war meist dadurch leicht zu beseitigen, dass die Milch nur schluckweise oder in ganz kleinen Portionen genommen wurde. Dagegen wurde von diesen Patienten eine Klage nicht gehört, die von den nach *Lenhartz* behandelten auffallend häufig geäussert wurde: das starke Durstgefühl, das ebenfalls vom dritten Tage an (Zuckerzulage) die Patienten plagt. Das hat dann zur Folge, dass die Milch oder die eingeschlagenen Eier rasch und gierig getrunken werden, oder dass in einem unbewachten Moment durch reichliches Wassertrinken der Durst gestillt wird, wodurch wiederum eine Dehnung des Magens möglich ist.

In seltenen Fällen klagten die Patienten auch über saures Aufstossen. Dies spricht allerdings für Perazidität, ist aber zugleich auch ein Beweis dafür, dass durch die reichliche Eiweissernährung die Säure nicht genügend gebunden oder eben die Säureproduktion angeregt wird.

Eine weitere Klage der *Lenhartz*patienten, bei der die regionären Unterschiede eher eine Rolle spielen mögen, ging dahin, dass das

rohe Hackfleisch nicht genossen werden konnte; leicht angebraten wurde es dagegen gerne genommen. Unangenehm ist bei der Verabreichung des rohen Fleisches ferner, dass die Untersuchung des Stuhles auf Blut, die bei uns während der ganzen Kur durchgeführt wurde, erschwert wird. Man ist bei positiver Blutreaktion im Stuhle immer genötigt, das rohe Fleisch wenige Tage wegzulassen, um ganz sicher zu sein, dass nicht eine erneute okkulte Blutung stattgefunden hat. Die fortlaufende Stuhlkontrolle ist besonders bei einer etwas forcierten Kur unumgänglich notwendig; dass sie durch die Verabreichung von rohem Fleisch unerwünscht erschwert wird, hat auch *Elsner* in seiner Arbeit betont.

Neben all den erwähnten Klagen haben sich aber auch viele Patienten bei der *Lenhartz*-Kur vollkommen wohl gefühlt; und ich darf da besonders folgenden Fall nicht unerwähnt lassen.

Frau G. (Fall 3) war im Jahre 1906 mit starker Magenblutung in den Spital eingeliefert worden. Behandlung: Adrenalin- und Gelatine-Injektionen und darauf *Leube*-Kur. Die Patientin stand nach 19 Tagen auf und wurde nach 58 Tagen vollkommen beschwerdefrei aber doch noch der Schonung bedürftig entlassen. Hämoglobin 42 pCt. Nach 3 Jahren kam sie wieder zu uns, wieder mit starker Hämatemesis. Therapie: Kochsalzinfusion, Gelatine-Injektionen und *Lenhartz*-Kur. Die Patientin machte spontan die Angabe, dass sie sich bei dieser „Eierkur" kräftiger fühle als bei der Kur vor 3 Jahren. Sie stand auf nach 33 Tagen und wurde entlassen nach 83 Tagen. Die längere Aufenthaltsdauer war dadurch bedingt, dass die Patientin wegen ihrer Anämie unsere Pflege weiterhin in Anspruch nahm. Nach 58 Tagen, entsprechend der Entlassung vor 3 Jahren, war sie ebenfalls vollkommen beschwerdefrei, Hämoglobin 47 pCt. Bis zur Entlassung stieg der Hämoglobinwert unter *Blaud*schen Pillen auf 74 pCt. Ich darf hier vielleicht noch einen weiteren Fall anführen, der besonders dadurch interessant ist, dass verschiedene Kuren in Anwendung kamen.

Die 39 jährige Patientin B. (Fall 4), die vor 7 Jahren Magenblutung gehabt hatte, kam mit starker Hämatemesis in das Spital. Therapie: *Lenhartz*-Kur. Während der Kur starker Brechreiz und wiederholtes Brechen, kein Blut; nach der Kur erneutes Brechen; Versuch mit Öltherapie, die nach *Rütimeyer* (18) oftmals gute Resultate zeitigt, ohne Erfolg; darauf *Leube*-Kur, ebenfalls wegen Brechen unterbrochen. Nach sechstägiger ausschliesslich rektaler Ernährung hörte das Brechen auf; daraufhin *Lenhartz*-Kur wiederholt, diesmal mit gutem Erfolg. Entlassung nach 176 Tagen.

Bevor ich über die Resultate unserer Statistik berichte, möchte ich noch auf zwei Punkte eingehen. Erstens muss der wechselnde Verlauf der Ulcera, die ja, wie *Senator* betont, oft genug nur unbedeutende Erscheinungen machen, bei einer Statistik wohl berücksichtigt werden. Eine Einteilung nach der Stärke der

Erscheinungen ist demnach vollkommen berechtigt. Ich habe deshalb bei meiner Untersuchungen die Ulcuspatienten eingeteilt:

1. in solche, bei denen bei Spitaleintritt eine Blutung sicher nachgewiesen werden konnte;
2. solche, die der Anamnese nach in der letzten Zeit vor Eintritt eine Blutung gehabt hatten; und
3. solche, die auch in der Anamnese keine Blutung aufwiesen.

Zweitens ist die Frage sehr wichtig, wann ein Magengeschwür als geheilt betrachtet werden kann.

Die verschiedene Auffassung des Begriffes Heilung wurde am letzten Kongress in Wiesbaden als ein Mangel der Statistik bezeichnet. Nach seinem damaligen Votum sieht *Lenhartz* ein Geschwür als geheilt an, wenn der chemische Nachweis von Blut in den Faeces bei wiederholter Untersuchung nicht mehr gelingt. Demnach würde die Blutung allein als Massstab der Schwere des Krankheitsbildes dienen, unbeachtet derjenigen Fälle, bei denen untrügliche Symptome die Diagnose Ulcus verlangen, ohne dass eine Blutung nachgewiesen werden kann.

Pariser (19) hält die Heilung dann für sicher, wenn der dorsale Druckpunkt, auf den *Cruvelhier* besonders hingewiesen hat, vollkommen unempfindlich ist. Er will denselben in „fast ausnahmslos allen Fällen" gefunden und dann nur vermisst haben, wenn das Ulcus an der vorderen Magenwand sass. Dies soll nach seinen Angaben in 5 pCt. der Fall sein, während 95 pCt. der Geschwüre an der hinteren Magenwand lokalisiert sein sollen.

Ich habe auf die Anregung von *Pariser* hin besonders nach diesem Rückensymptom gefahndet; aber nur in wenigen Fällen war dasselbe positiv. *Pariser* erwähnt übrigens selbst, dass *Boas* nur in $^1/_3$ der Fälle den Dorsalpunkt konstatieren konnte.

Nach den Angaben von *Wagner* (6) wurden im Eppendorfer Krankenhause für den Begriff Heilung verlangt: Beschwerdefreiheit; Aufhören der Blutung; Fehlen von Erbrechen, Schmerzen nach dem Essen und Druckempfindlichkeit; ferner Wiedererlangen des der Körperlänge entsprechenden Gewichts und der annähernd normalen Blutbeschaffenheit. *Leube* (7) endlich sagt in seiner neuesten Mitteilung: „Als geheilt betrachte ich die Fälle, in welchen bei dem Austritt aus der Behandlung alle Beschwerden von seiten des Magens verschwunden sind und die volle Kost, bezw. nicht für Magenkranke bestimmte Spitalkost anstandslos ertragen wird."

Unsere Patienten wurden als geheilt entlassen, wenn die volle Kost vollkommen ertragen wurde und wenn die Kranken kräftig genug waren, mehrere Stunden ausser Bett zuzubringen, ohne die geringsten Beschwerden zu empfinden.

Das Aufstehen wurde erlaubt, wenn nach wiederholter Prüfung längere Zeit hindurch kein Blut in den Fäzes nachweisbar, wenn keine Druckempfindlichkeit mehr vorhanden war und die Schmerzen nach dem Essen ausblieben.

Darauf fussend erzielt unsere Statistik folgende Resultate für die geheilt Entlassenen:

	In 45 Fällen Behandlung nach *Lenhartz*	In 55 Fä nach *Leu*
I. *Blutung sicher nachgewiesen*	Geheilt 70,5 pCt.	75,0 pC
	Durchschnitt für Aufstehen: 26,11 Tage	23,26 Ta
	Durchschnitt für Entlassung: 41,22 „	42,33 „
II. Blutung in der Anamnese	Geheilt 62,5 pCt.	92,3 pC
	Durchschnitt für Aufstehen: 29,0 Tage	16,0 Ta
	Durchschnitt für Entlassung: 43,7 „	36,8 „
III. Auch in Anamnese keine Blutung	Geheilt 66,6 pCt.	83,3 pC
	Durchschnitt für Aufstehen: 20,0 Tage	19,2 Ta
	Durchschnitt für Entlassung: 34,0 „	41,9 „
Gesamtdurchschnitt aller geheilt Entlassenen	Für Aufstehen: 25,1 Tage	19,48 Ta
	Für Entlassung: 39,6 „	40,34 „

Die Anwendung beider Kuren beim gleichen Patienten, bei welcher Gelegenheit am besten ein Vergleich gezogen werden kann, ist nur zweimal vorgekommen:

1. Frl. Z. (Fall 2).	Behandlung mit *Lenhartz*	mit *Leube*
	Aufstehen nach . . . . . 24 T.	25 T.
	Geheilt entlassen nach . . 51 T.[1])	40 T.
2. Frau G. (Fall 3).	Behandlung mit *Lenhartz*	mit *Leube*
	Aufstehen nach . . . . . 33 T.	19 T
	Geheilt entlassen nach . . 83 T.[2])	58 T.

[1]) Aufenthalt durch Angina um 5 Tage verlängert.

[2]) Wie schon erwähnt, wurde hier der längere Aufenthalt durch Anaemie bedingt.

Demgemäss kommen sich sowohl Prozentsatz für Heilung, als auch, besonders auffallend, Wert der Tageszahlen für Aufstehen und Entlassung bei den Patienten mit sicher nachgewiesener Blutung für beide Kuren sehr nahe. Bedeutend ist der Unterschied bei den Fällen, die in der Anamnese eine Blutung aufwiesen, die also als subakute Ulcera in unsere Behandlung kamen. Hier sprechen sowohl Prozentsatz als auch die Zahlen für Aufstehen und Entlassung zugunsten der *Leube*schen Ruhekur; für diese subakuten Fälle muss der *Leube*-Kur der Vorrang gelassen werden. Hiermit stimmen die Angaben von *Wirsing* (1) überein, der nach seinen Untersuchungen für nicht blutende Ulreca die *Leube*-Kur dem *Lenhartz*schen Schema vorzieht.

Bei der dritten Kategorie (auch in der Anamnese keine Blutung) spricht der Prozentsatz der Geheilten für *Leube*, die Dauer des Aufenthaltes hingegen war bei den nach *Lenhartz* Behandelten eine kürzere.

Blutungsrezidive und Mortalität verhalten sich nach unserer Statistik wie folgt:

Unter 24 blutenden Ulcera bei *Leube*-Kur 1 Blutungsrezidiv am 5. Tag,

unter 17 blutenden Ulcera bei *Lenhartz*-Kur 1 Blutungsrezidiv am 5. Tag.

Dabei sind nicht mitgerechnet die Fälle, bei denen nach erneuter Blutung Exitus erfolgte. Todesfälle bei *Leube*-Kur 2 wegen Perforation, Todesfälle bei *Lenhartz*-Kur 3, davon

1 wegen Perforation,

1 wegen Erschöpfung und Anämie (Fall 1),

1 Blutungsrezidiv am 3. Tag; die Sektion ergab Pneumonie.

Wenn wir aus unserm allerdings bescheidenen Material Schlüsse ziehen dürfen, so gehen diese dahin, dass besonders bei blutenden Ulcera beide Diätformen zum Ziele führen.

Für die subakuten Fälle möchte ich, wie schon erwähnt, die *Leube*-Kur entschieden vorziehen.

Für die blutenden Ulcera ist ein Versuch mit *Lenhartz*-Kur angezeigt, besonders bei geschwächten Indivuen, da man, wie *Leube* selbst neuerdings zugibt, „offenbar in der Diät etwas rascher vorwärts gehen darf". Man wird aber gut tun, dabei soweit am strengen Schonungsprinzip festzuhalten, dass nach der Blutung 3 Tage Karenzzeit der *Lenhartz*-Kur vorausgeschickt werden. Dass aber die Erwartung einer rascheren Restitution der Körperkräfte nicht immer erfüllt wird, lehrt uns der angeführte Fall 1.

Ich erlaube mir auch an dieser Stelle meinem verehrten Chef, Herrn Prof. *D. Gerhardt*, für das rege Interesse, dessen ich mich bei der Abfassung dieser Arbeit erfreuen durfte, meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. *Wirsing*, Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. I.
2. *Ewald*, D. Klinik. 1904.
3. *Gerhardt*, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1907, 11.
4. *Senator*, Deutsch. med. Wochenschr. 1906, 3.
5. *Fleiner*, Kongress für inn. Med. 1902.
6. *Wagner*, Münch. med. Wochenschr. 1904. 1.
7. *Leube*, D. med. Wochenschr. 1909. 22.
8. *Riegel*, Die Erkrankungen des Magens.
9. *Leube*, Cit. nach Riegel (8).
10. *Matthes*, Cit. nach Riegel (8).
11. *Matthieu*, Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. X.
12. *Tecklenburg*, Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. XII.
13. *Schüle*, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 28, 29.
14. *Hemmeter*, Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. IV.
15. *Sörensen*, Münch. med. Wochenschr. 1898. 36.
16. *Müller*, Kongress f. inn. Med. 1909.
17. *Elsner*, Therapie der Gegenwart. 1908. 2.
18. *Rütimeyer*, Korresp.-Blatt für Schweiz. Ärzte. 1908. 20.
19. *Pariser*, D. med. Wochenschr. 1902. 15 und 17.